



**Universidad
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2014 / 2015

TRABAJO FIN DE GRADO

Programa de Salud para la mejora en el afrontamiento de la situación en
pacientes de Enfermedad de Alzheimer y en sus familiares

Autor/a: Daniel Martín Bernad

Director 1. M^a Esther Samaniego Díez de Corcuera

ÍNDICE

<u>Apartados</u>	<u>Páginas</u>
1. Resumen	3 - 4
2. Introducción	5 - 7
3. Objetivos	8
4. Metodología	9 - 11
5. Desarrollo	12 - 16
6. Conclusiones	17
7. Bibliografía	18 - 21
8. Anexos	22 - 26

RESUMEN

Introducción. La Enfermedad de Alzheimer es la demencia más común y cada día aumenta su población conforme lo hace la esperanza de vida y, con ella, las patologías propias de la edad. Esta enfermedad producirá una serie de manifestaciones tanto físicas como psicológicas y afectará tanto a pacientes como a familiares. Enfermería tendrá una gran importancia en el tratamiento de los síntomas de la EA y en el seguimiento de los pacientes.

Objetivos. Mejorar el afrontamiento de los pacientes y sus familias ante la EA estableciendo, desde los Centros de Salud, un grupo interdisciplinar de acogida y una posterior consulta de seguimiento de Enfermería. Contrastar con diferentes organizaciones la necesidad de esta iniciativa.

Metodología. Se realiza una revisión bibliográfica para elaborar una actualización sobre la Enfermedad de Alzheimer. Se lleva a cabo un encuentro con la AFEDAZ y con enfermeros de un Centro de Salud para valorar la situación actual de la EA y los requerimientos que los pacientes y familiares les transmiten. Se realiza un Programa de Salud con un periodo de captación de 3 meses, después se celebra la entrevista interdisciplinar grupal entre los pacientes de EA y sus familiares y miembros del equipo médico, del de enfermería y un trabajador social del Centro de Salud para proporcionar toda la información necesaria sobre la enfermedad. Posteriormente se implanta la consulta de seguimiento individualizada de Enfermería.

Conclusiones. A través de un asesoramiento y supervisión continuados, se podrá conseguir una disminución de la ansiedad en pacientes y familiares y una mejora en su afrontamiento de la enfermedad.

Palabras clave: Enfermedad de Alzheimer, Atención Primaria, Enfermería, Afrontamiento, Consulta de Seguimiento.

ABSTRACT

Introduction. Alzheimer's Disease is the most common dementia and, day after day, its population grows up because of life expectancy increase and, with this, also grows up elderly's pathologies. This disease produces a series of physical and psychological manifestations which affects to the patients and to their relatives. Nursing will have a great importance treating the symptoms of AD and tracking these patients.

Objectives. Improve the coping of patients of AD and of their relatives establishing, from Health Centers, an interdisciplinary host group and, after this, a tracking nursing office. Check with different organizations the need of this initiative.

Methodology. It has been done a bibliographic review to develop an update about Alzheimer's Disease. It has been carried out an interview with the AFEDAZ organization and whit nurses from a Health Centre to value the current situation of AD and of the requirements that patients and their relatives convey them. It has been done a Health Program with an uptake period of 3 months, after this, it will be performed the interdisciplinary and group interview between the AD patients and their relatives with members of the medic staff, of the nursing staff and a social worker of the Health Centre for providing all the information needed about the disease. Later, it will be implemented the tracking and individualized nursing office.

Conclusions. Across this continuous counselling and surveillance, it will be able to achieve a decrease of anxiety in the patients and in their relatives and an improvement of their coping with this disease.

Key words: Alzheimer's Disease, Primary Care, Nursing, Coping, Tracking Office

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es la forma más frecuente de demencia y puede ser causada por múltiples etiologías aunque tiene dos factores de riesgo principales claros: la edad y la historia genética familiar. Es una patología progresiva e irreversible con posible afectación genética (hasta un 50% de pacientes tienen un familiar afectado y entre el 15 y el 30%, un familiar de primer grado con EA).¹⁻⁶

La Enfermedad de Alzheimer se puede dividir en 3 etapas: leve o ligera (con un resultado del Mini-Mental State Examination [MMSE] de entre 29 y 15 puntos), moderada (MMSE entre 15 y 10) e intensa o severa (MMSE por debajo de 10 puntos), cada una de ellas con una serie de cambios habituales y una serie de cuidados requeridos propios en la persona afectada por EA; la sucesión de las fases no se producirá en todos los pacientes ni en el mismo tiempo ni del mismo modo.^{7,8, Anexos1,2}

Tanto el National Institut of Neurological and Communicative Disorders and Stroke y la Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA)⁹ como el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)¹⁰ y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)¹¹ ofrecen una clasificación de criterios diagnósticos de las demencias^{Anexos3-5}.

Para plasmar la importancia de las demencias (habiendo estudios que reflejan que la EA supondría entre el 50¹² y el 84%⁶ de ellas), según la Fundación Alzheimer España y, tomando datos de la OMS a 2012, cada 7 segundos surge un nuevo caso de demencia en el mundo, siendo su aparición entre los 40 y los 90 años (aunque mayoritariamente a partir de los 65)¹² aumentando su presencia de forma exponencial conforme avanza la edad del sujeto (4,2% entre 65 y 74 años, 12,5% entre 75 y 84 años y 27,7% en mayores de 85 en España), también se muestra como las demencias son más comunes entre el sexo femenino español (11,1%) que entre el masculino (7,5%). Además, 36,5 millones de personas en el mundo y 6,98 en Europa occidental padecen una demencia (5-7% y 6,92% respectivamente de su población mayor de 60 años, llegando a ser del

43,1% en mayores de 90 en el segundo caso). En Europa occidental, a día de hoy, se detectan 1.486.695 casos nuevos al año duplicándose su prevalencia cada 6,3 años⁶.

El diagnóstico temprano de la EA será un punto muy importante, tanto para el paciente como para el cuidador principal, como indican diferentes estudios¹³⁻¹⁶ y, aunque también advierten sobre la conveniencia o no de la comunicación al paciente de un diagnóstico precoz (pudiendo estar relacionado con la aceptación del paciente)^{13,17-19}, éste es deseado por un 80% de los ancianos ya que les da la tranquilidad de tener una explicación a lo que están viviendo¹³. Pero, a pesar de la relevancia de este apartado, aun hay una gran controversia sobre el modo de comunicar este diagnóstico a los pacientes de EA^{18,20}.

Dentro de la clínica más fisiológica y física que presentan los pacientes de EA se halla, por ejemplo, que en el estudio neuropatológico se encuentra macroscópicamente una reducción del peso total del cerebro y una atrofia cerebral con ensanchamiento de los surcos cerebrales y, microscópicamente, una pérdida neuronal y de sustancia blanca o, más externamente, una pérdida de memoria y orientación, una afectación psicomotriz, trastornos alimentarios, del sueño y del habla..., todas estas manifestaciones serán tratadas con la administración de medicación.^{5,6,21,25}

Por otra parte se encuentran aquellos aspectos y padecimientos más psicosociales de estos pacientes como serán los trastornos anímicos, afectivos y de la personalidad la depresión, la apatía, la confusión, ideas delirantes, alucinaciones, desinhibición... y sus formas de tratar estos o los anteriores mediante técnicas de estimulación cognitiva, psicológica y socioambiental, además de la medicamentosa.^{1,5,22-30}

La Enfermería jugará un papel muy relevante en la EA, especialmente desde la Atención Primaria, ya que será la encargada de la atención global tanto del enfermo como de sus familiares y de la adecuación de sus cuidados conforme a las particularidades de cada paciente y en dependencia de la

etapa de la enfermedad en la que se encuentre, aunque siempre en coordinación con el resto del equipo multidisciplinar.^{31,32}

OBJETIVOS

GENERAL:

- Mejorar el afrontamiento del paciente de Enfermedad de Alzheimer y de sus familiares ante su enfermedad por medio de una intervención interdisciplinar en forma de Programa de acogida y de una consulta de seguimiento de los cuidados de enfermería llevada a cabo desde los Centros de Atención Primaria.

ESPECÍFICOS:

- Valorar y contrastar con instituciones relacionadas con la Enfermedad de Alzheimer y con el Servicio de Salud la necesidad de este Plan y la calidad y cantidad de información sobre la EA y sus repercusiones y necesidades que se aportan actualmente a los enfermos de Alzheimer y a sus cuidadores principales desde el propio Servicio de Salud.
- Establecer un Programa de acogida en el que, de forma interdisciplinar (equipo médico, equipo de enfermería y trabajador social), se aporte a los pacientes y a sus cuidadores un primer contacto sobre la información necesaria en cada aspecto de la enfermedad (evolución, cuidados y recursos).
- Instaurar una consulta de seguimiento de los cuidados de enfermería en la que, periódicamente, se valoren las necesidades del paciente del Alzheimer conforme vaya avanzando su enfermedad y en la que, consecuentemente, se vayan aportando y explicando los cuidados que vayan siendo necesarios.

METODOLOGÍA

Bases de datos	Artículos encontrados	Artículos utilizados	Palabras clave
Pubmed	7	3	"Alzheimer", "diagnosis", "communication", "emotions"
Science Direct	37	21	"Alzheimer", "communication", "demencia", "diagnóstico", "precoz", "care", "fases", "Mini Mental", "Atención Primaria"
Cuiden Plus	4	2	"Alzheimer", "desarrollo", "fases", "etapas", "Atención Primaria"
Scielo	1	0	"Alzheimer", "desarrollo", "diagnóstico"
Neurology	1	1	"Alzheimer", "diagnosis"
John Libbey Eurotext	1	1	"Alzheimer", "communication non verbale"
Libros	4	4	"Alzheimer", "diagnóstico", "detección", "precoz", "cuidados", "psicosociales"
Páginas web	1	1	"Alzheimer", "asociación", "España"
Guías de Práctica Clínica	1	1	"Alzheimer", "Demencia"
Total	57	34	Antigüedad artículos: ≤10 años Idiomas: Castellano, inglés y francés

Con los recursos anteriores se ha elaborado una revisión bibliográfica para el apartado de "Introducción" del trabajo.

Para la determinación de la conveniencia o no de este Trabajo de Fin de Grado y de la cantidad y calidad de información dada hoy en día a los familiares y pacientes de EA por parte del Servicio de Salud, se recurre a una entrevista con la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias de Zaragoza (AFEDAZ) así como con el servicio de enfermería del Centro de Salud de Torre Ramona (Zaragoza, Barrio de Las Fuentes).

La parte principal del trabajo consiste en un Programa de Salud llevado a cabo en el apartado de Desarrollo. Para este apartado se utiliza la información adecuada obtenida para el apartado de Introducción, así como la información obtenida de la AFEDAZ y del Centro de Salud.

Este Plan, consistente en un Programa de acogida interdisciplinar inicial y la puesta en marcha de una posterior consulta de continuación de los cuidados por parte de Enfermería, está planeado para llevarse a cabo desde los Centros de Salud, puesto que éste es el primer nivel de atención sanitaria al que accede la ciudadanía y el que tiene un contacto más cercano y directo con el paciente y las familias y será donde, generalmente, se capte y diagnostique a los pacientes de EA.^{32,33}

La captación tendrá una duración de 3 meses. Durante este tiempo, a todos los pacientes que se diagnostiquen de Enfermedad de Alzheimer, junto con su cuidador principal, se les derivará al grupo de acogida interdisciplinar de su correspondiente Centro de Salud (CS) que se celebrará una vez por trimestre.

Este grupo estará constituido por un miembro del equipo médico, uno del equipo de enfermería y un trabajador social, explicando cada cual a pacientes y cuidadores principales la evolución y los cuidados de esta enfermedad, así como los recursos disponibles para afrontarla por medio de una entrevista interactiva grupal.

Una vez realizado este Programa de acogida, Enfermería comenzará a realizar una serie de sesiones individualizadas con el paciente y el cuidador principal que, durante la primera fase de la EA, se realizarán cada dos meses y, posteriormente, de forma mensual. En estas sesiones se valorará el avance de la enfermedad en el paciente, mediante la realización del test MMSE y de la Escala de Barthel, se resolverán las dudas expresadas y se procederá a la explicación paulatina de los cuidados que el paciente irá necesitando en dependencia del resultado que vaya obteniendo en estos tests y que enfermería crea necesarios.

Para facilitar la adhesión al Programa, se ofrecerá a los pacientes la posibilidad de asistencia domiciliaria y/o telefónica en caso de incapacidad para acudir a la consulta de enfermería a llevar a cabo las sesiones.

En caso de ser necesario, conforme se vayan llevando a cabo las diferentes sesiones, se derivaría a los pacientes y sus cuidadores principales al servicio de psicología, al de asistencia social, a los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)... o a cualquier equipo que los pacientes y/o cuidadores principales demanden y/o que enfermería y el resto del equipo interdisciplinar crean necesario en su observación regular de la situación.

DESARROLLO

Previamente al diseño del Programa, se realiza una charla con dos miembros del equipo de Enfermería del Centro de Salud Torre Ramona (Barrio Las Fuentes, Zaragoza), para conocer cómo se trata hoy en día al paciente de Enfermedad de Alzheimer desde su diagnóstico y a través de su enfermedad y la información que se aporta sobre la enfermedad y sus repercusiones tanto en el paciente como en su entorno.

Se confirma que, actualmente, no existe una protocolización desde el Servicio de Salud sobre el trato que se debe de dar al paciente de Alzheimer sino que depende del criterio de cada enfermera el seguimiento que se haga de estos. Generalmente, este seguimiento (que no es de forma periódica) consistirá en la aplicación de los cuidados que el paciente, por la evolución de la EA, vaya demandando. Igualmente, tampoco existe una planificación sobre la información que se ha de dar ni sobre cuándo ni cómo darla.

Se valora positivamente la idea de este Programa y se señala la importancia del seguimiento continuado de estos pacientes y del asesoramiento de los cuidadores principales sobre cómo va a desarrollarse la enfermedad en cada momento y la preparación ante las situaciones y decisiones en las que se van a encontrar.

Se lleva a cabo también una reunión con la trabajadora social de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias de Zaragoza (AFEDAZ) para conocer la opinión de la asociación y la que le hacen llegar los familiares y los pacientes de EA acerca del tema sobre el que versa este trabajo.

Explica que, ciertamente, muchos de los familiares expresan a la AFEDAZ la falta de información y que, como comentan los enfermeros entrevistados, la labor del Servicio y de los Centros de Salud para con los pacientes de EA y sus cuidadores, se limita al diagnóstico y a la pauta de medicación.

No obstante, también hace constar que existe una enfermera en el Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza que, por su propia iniciativa, lleva a cabo una consulta de enfermería para los cuidadores del paciente con deterioro cognitivo o demencia, pero que es la única profesional del Servicio de Salud zaragozano que se ocupa de ello.

La AFEDAZ también secunda la idea de este TFG de una primera entrevista de contacto y una consulta posterior de seguimiento del paciente corroborando que, basándose en su experiencia, es preferible ir explicando a medio o corto plazo a los cuidadores y a los pacientes las diferentes etapas que atravesarán y los cuidados que necesitarán que plantearlos a largo plazo desde el inicio de la enfermedad.

Por otro lado, también hace notar la importancia del trabajo paralelo con los cuidadores del paciente de EA de explicación de la enfermedad y sus requerimientos así como con su concienciación con la relevancia y existencia de ésta ya que, con pacientes dependientes y de afectación cognitiva como los de EA, es imposible trabajar de forma unilateral con ellos sin tener el apoyo y la colaboración de sus cuidadores.

Respecto al Programa de Salud:

1. La primera parte consistirá en la captación de los pacientes, la cual se llevará a cabo de la forma explicada en el apartado de "Metodología".
2. Seguidamente, se realizará la reunión del llamado "grupo de acogida" en el CS de referencia, en el que, inicialmente, un miembro del equipo médico hará una presentación de la enfermedad en forma de entrevista tanto a los pacientes de EA como a quienes serán sus cuidadores principales y les hablará sobre el desarrollo clínico de la enfermedad, sus etapas, y las características y duración aproximada de cada una, así como sobre todos los aspectos médicos (p.e. medicación) que crea necesarios y que los asistentes requieran.

En segundo lugar, el equipo de Enfermería, basándose en lo ya explicado por el equipo médico, pasará a hacer una breve explicación de los cuidados generales que estos pacientes van a requerir durante las distintas etapas de la enfermedad (sin entrar en excesivas particularidades), se les explicará que:

- En la etapa leve o ligera; será muy importante que el cuidador dé apoyo emocional al paciente de EA tanto tras el diagnóstico como durante sus periodos de ansiedad y depresión a causa de la enfermedad. El aumento de los accidentes y las caídas requerirá que se realice una adaptación del entorno del paciente para favorecer su seguridad así como proporcionarle una ayuda discreta en las actividades instrumentales pero siempre favoreciendo su autonomía y su participación activa. Será recomendable el establecimiento de una rutina respecto a las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y de terapias cognitivas para su estimulación y el retraso del apareamiento de las afecciones cognitivas.

- En la etapa moderada; ante el aumento de pérdida de memoria y de coordinación, habrá que dar la ayuda necesaria al paciente para llevar a cabo su cuidado personal y las AVD que ya no pueda realizar por sí solo, así como para la deambulación y los desplazamientos. Continuar con la ritualización de las AVD, con la estimulación cognitiva y con la seguridad en el entorno y el inicio en programas de rehabilitación funcional y de control de esfínteres. El soporte emocional seguirá siendo indispensable.

- En la fase severa; la característica de esta etapa será la de una dependencia total del paciente, con lo que será necesaria una suplencia absoluta de la falta de capacidad de éste para llevar a cabo toda AVD, desde la alimentación hasta la micción y defecación. Como consecuencia de la pérdida de capacidad motriz, será necesaria la instauración de medidas materiales y de ejercicios de estimulación para evitar los trastornos derivados por esta causa.^{7,31,34}

Tras esta intervención, se hará la del Trabajador Social del CS, que procederá a explicar todos los recursos con los que las familias podrán

contar (institucionales, materiales, profesionales...) para sobrellevar la enfermedad y todo lo referente a sus competencias.

3. Una vez realizada la reunión del grupo de acogida, el equipo de Enfermería del CS convocará a los pacientes y cuidadores a una serie de consultas de seguimiento individualizadas (paciente y cuidador/es principal/es) que se llevarán a cabo durante toda la duración de la enfermedad.

Mientras el paciente se encuentre en la etapa leve o ligera (cuya duración se encontrará entre los 3 y los 5 años, al igual que el resto de etapas), estas consultas se llevaran a cabo cada dos meses, ya que la progresión de la enfermedad no será tan acusada como en las etapas posteriores ni sus necesidades derivadas tan acuciantes como para llevar a cabo consultas más seguidas. Una vez superada esta etapa, las consultas pasarán a ser mensuales.

Las consultas, llevadas a cabo en la propia consulta de Enfermería del Centro de Salud, tendrán una duración en torno a los 20/30 minutos y, en cada una de ellas, se pasará al paciente los test Mini-mental State Examination y la Escala de Barthel, para conocer tanto el deterioro cognitivo del paciente y su estadio dentro de la enfermedad, como el deterioro físico.^{Anexos6.7}

En base a los resultados de estas escalas, se procederá a explicar al paciente y a su cuidador los diferentes cuidados que irá requiriendo así como los ejercicios cognitivos, físicos y sociales adecuados para cada momento y las medidas ambientales que habrá que tomar de forma más elaborada, amplia y específica para cada momento que en la expuesta en el grupo de acogida. Se resolverán igualmente todas las dudas sobre la enfermedad que puedan plantear y, en base a lo requerido por ellos mismos y a lo observado por el equipo de Enfermería, se les propondrá la derivación a diferentes servicios.

Para mejorar la adhesión a este Programa, se ofrecerá a los pacientes la posibilidad de realizar las consultas de forma domiciliaria o, de no ser tampoco posible, por vía telefónica. Además, llegado cierto nivel de deterioro físico y cognitivo del paciente, habrá que valorar la instauración definitiva de las visitas domiciliarias supliendo completamente las consultas en el Centro de Salud.

Será muy importante también a lo largo de estas consultas el acompañamiento y asesoramiento de los cuidadores principales, puesto que Enfermería será el miembro del equipo de salud que más en contacto esté con ellos y que más involucrado se vea en el desarrollo de la enfermedad y su asimilación y afrontamiento por parte de los cuidadores. Será necesario tener en cuenta al cuidador como persona con unas necesidades independientes de las del paciente de Alzheimer y también se deberá valorar la posibilidad de derivarle a los diferentes servicios para ayudarle a sobrellevar la enfermedad y sus requerimientos personales, psicológicos y físicos.

Habrà que tener siempre en cuenta que, estas consultas, se llevarán a cabo como una parte de la intervención de un equipo interdisciplinar que estará supervisando y tratando el desarrollo de la enfermedad y que, en consecuencia, será siempre posible consensuar con el resto de miembros la forma de actuar en cada caso y según las diferentes peculiaridades.

CONCLUSIONES

La información aportada a través de este Programa ayudará a disminuir la ansiedad de pacientes y familiares y a mejorar su afrontamiento, lo cual se podrá valorar a partir del Diagnóstico de Enfermería de "Afrontamiento Ineficaz r/c falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación m/p Ansiedad/Autoestima baja o depresión crónica" y el resultado de "Afrontamiento de problemas" con los indicadores: "verbaliza sensación de control", "refiere disminución de estrés", "verbaliza aceptación de la situación" y "obtiene ayuda de un profesional sanitario". Además, mejorará la relación terapéutica enfermera-paciente gracias al control y al seguimiento continuados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barquero Jiménez MS, Payno Vargas MA. Enfermedad de Alzheimer. Concepto. Etiopatogenia. Manifestaciones clínicas. Criterios de sospecha. Formas de presentación. Historia natural. Diagnóstico diferencial. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2007; 9(77): 4928-4935.
2. López-Pousa S, Garre-Olmo J. Demencia. Concepto. Clasificación. Epidemiología. Aspectos socioeconómicos. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2007; 9(77): 4921-4927.
3. Franco Macías E, Suárez González A, Bustamante Rangel A, Gil Néciga E. Enfermedad de Alzheimer. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado 2011; 10(76): 5129-5137.
4. González Mas R., director. Enfermedad de Alzheimer. Clínica, tratamiento y rehabilitación. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2000.
5. Bulbena A., Cervilla J. Demencias. En: Vallejo Ruiloba J., director. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 7ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. p. 296-323.
6. Merino EN, Sendin MAC, Osorio JAV. Enfermedad de Alzheimer. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2015; 11(72): 4306-4315.
7. Fundación Alzheimer España (<http://www.alzfae.org/>)
8. McCracken P.M. The Canadian review of Alzheimer's disease and other dementias. Montreal : STA Healthcare Communications. 2010; 13(3).
9. McKhann G et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health

and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*. 1984; 34(7): 939-944.

10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4ª ed. Washington DC. 1994.

11. (Derechos de autor cedidos por el Director General de la OMS) Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. 1ª ed. Madrid. Editorial Médica Panamericana; 2008.

12. Agüera Morales E, Tunez Fiñana I. Demencia. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2011; 10(76): 5123-5128.

13. Vilorio A. La enfermedad de Alzheimer antes de la demencia. Beneficios del diagnóstico precoz. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2011; Supplement 1(0): 47-54.

14. Santaella Aceituno F, Liñán López M, Muñoz Haro I, Martínez Diz S, Gálvez López E, Gómez García E. Programa de estimulación y prevención del deterioro cognitivo y físico: "Ponle cara al Alzheimer". Fundación INDEX. 2014; (20).

15. de Vugt ME, Verhey FR. The impact of early dementia diagnosis and intervention on informal caregivers. *Prog Neurobiol*. 2013; 110: 54-62.

16. Guix JLM. Papel de los biomarcadores en el diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 2011. Supplement 1(0): 39-41.

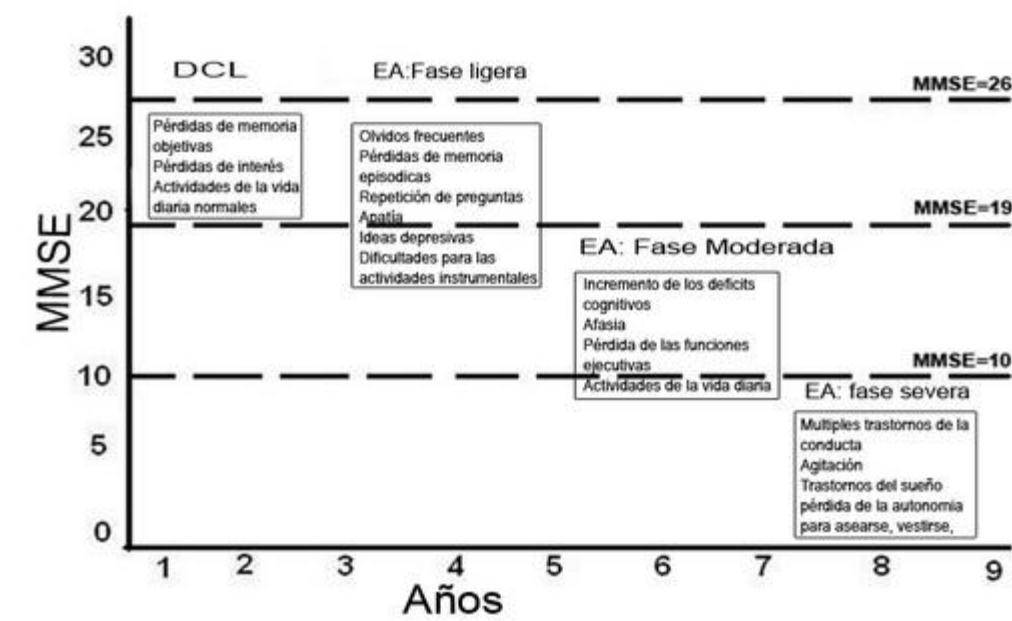
17. Kaduszkiewicz H, Bachmann C, van den Bussche H. Telling "the truth" in dementia—Do attitude and approach of general practitioners and specialists differ?. *Patient Educ Couns*. 2008; 70(2): 220-226.

18. Karnieli-Miller O, Werner P, Aharon-Peretz J, Eidelman S. Dilemmas in the (un)veiling of the diagnosis of Alzheimer's disease: Walking an ethical and professional tight rope. *Patient Educ Couns*. 2007; 67(3): 307-314.
19. Sardiñas HK. Aspectos éticos del diagnóstico presintomático de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2011. Supplement 1(0): 55-59.
20. Peel E. Diagnostic communication in the memory clinic: a conversation analytic perspective. *Aging Ment Health*. 2015; 3: 1-8.
21. Gaugler J, James B, Johnson T, Scholz K, Weuve J. Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*. 2013; 9(2):208-245.
22. Castellón Sánchez del Pino A, Gómez Arques MA, Martos Martín A. Alteraciones conductuales en la enfermedad de Alzheimer. *SEMERGEN - Medicina de Familia*. 2005; 31(11): 541-545.
23. Abizanda P, López-Jiménez E, López-Ramos B, Romero L, Sánchez-Jurado PM, León M, et al. Síntomas psicológicos y conductuales en deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2009; 44(5): 238-243.
24. García-Alberca JM. Las terapias de intervención cognitiva en el tratamiento de los trastornos de conducta en la enfermedad de Alzheimer. Evidencias sobre su eficacia y correlaciones neurobiológicas. *Neurología*. 2015; 30(1): 8-15.
25. Llanero Luque M, Ruiz Sánchez de León JM, Medrano Izquierdo P, Fernández García C. Tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2011; 10(76): 5138-5144.

26. Milders M, Bell S, Lorimer A, MacEwan T, McBain A. Cognitive stimulation by caregivers for people with dementia. *Geriatr Nurs*. 2013; 34(4): 267-273.
27. Reijnders J, van Heugten C, van Boxtel M. Cognitive interventions in healthy older adults and people with mild cognitive impairment: A systematic review. *Ageing Research Reviews*. 2013; 12(1): 263-275.
28. Spector A, Orrell M, Goyder J. A systematic review of staff training interventions to reduce the behavioural and psychological symptoms of dementia. *Ageing Research Reviews*. 2013; 12(1): 354-364.
29. Requena Hernández C, Maestú Unturbe F, Campo Martínez-Lage P, Fernández Lucas A, Gil Gregorio P, Ortiz Alonso T. Efectos del tratamiento combinado de fármaco más estimulación cognitiva en la demencia moderada: seguimiento de dos años. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2007; 42(1): 3-10.
30. Schiaratura L.T. La communication non verbale dans la maladie d'Alzheimer. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*. 2008; 6(3): 183-8.
31. Balbás Liaño V.M. El profesional de Enfermería y el Alzheimer. *NURE Inv*. 2005; 2 (13).
32. Olazarán J. ¿Puede diagnosticarse la demencia en la Atención Primaria? *Atención Primaria*. 2011; 43(7):377-384.
33. Santamaría EF, Cáceres Caballero CE, Hidalgo DR. El diagnóstico inicial de una demencia en atención primaria. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 2015; 22(1): 26-28.
34. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. *Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*. 2011.

ANEXOS

Anexo 1



DCL: deterioro cognitivo leve.

EA : enfermedad de Alzheimer.

MMSE: Mini Mental State Exam.

Anexo 2

Table 1

AD Stages: The Global Deterioration Scale (GDS) and Clinical Dementia Rating (GDR) Scale

Clinical diagnosis	Incipient or ? AD	Mild	Moderate	Severe	Very severe
CDR stage	0.5	1	2	3	4, 5
GDS	3	4	5	6	7
MMSE	29	26	15	10	5
Years	0	7	9	10.5	13

Reproduced with permission from: Feldman HH, Woodward M. Neurology 2005; 65S10-S17.

Table 1. Criteria for clinical diagnosis of Alzheimer's disease

<p>I. The criteria for the clinical diagnosis of PROBABLE Alzheimer's disease include:</p> <ul style="list-style-type: none"> dementia established by clinical examination and documented by the Mini-Mental Test,¹ Blessed Dementia Scale,² or some similar examination, and confirmed by neuropsychological tests; deficits in two or more areas of cognition; progressive worsening of memory and other cognitive functions; no disturbance of consciousness; onset between ages 40 and 90, most often after age 65; and absence of systemic disorders or other brain diseases that in and of themselves could account for the progressive deficits in memory and cognition. <p>II. The diagnosis of PROBABLE Alzheimer's disease is supported by:</p> <ul style="list-style-type: none"> progressive deterioration of specific cognitive functions such as language (aphasia), motor skills (apraxia), and perception (agnosia); impaired activities of daily living and altered patterns of behavior; family history of similar disorders, particularly if confirmed neuropathologically; and laboratory results of: <ul style="list-style-type: none"> normal lumbar puncture as evaluated by standard techniques; normal pattern or nonspecific changes in EEG, such as increased slow-wave activity; and evidence of cerebral atrophy on CT with progression documented by serial observation. <p>III. Other clinical features consistent with the diagnosis of PROBABLE Alzheimer's disease, after exclusion of causes of dementia other than Alzheimer's disease, include:</p> <ul style="list-style-type: none"> plateaus in the course of progression of the illness; associated symptoms of depression, insomnia, incontinence, delusions, illusions, hallucinations, catastrophic verbal, emotional, or physical outbursts, sexual disorders, and weight loss; 	<ul style="list-style-type: none"> other neurologic abnormalities in some patients, especially with more advanced disease and including motor signs such as increased muscle tone, myoclonus, or gait disorder; seizures in advanced disease; and CT normal for age. <p>IV. Features that make the diagnosis of PROBABLE Alzheimer's disease uncertain or unlikely include:</p> <ul style="list-style-type: none"> sudden, apoplectic onset; focal neurologic findings such as hemiparesis, sensory loss, visual field deficits, and incoordination early in the course of the illness; and seizures or gait disturbances at the onset or very early in the course of the illness. <p>V. Clinical diagnosis of POSSIBLE Alzheimer's disease:</p> <ul style="list-style-type: none"> may be made on the basis of the dementia syndrome, in the absence of other neurologic, psychiatric, or systemic disorders sufficient to cause dementia, and in the presence of variations in the onset, in the presentation, or in the clinical course; may be made in the presence of a second systemic or brain disorder sufficient to produce dementia, which is not considered to be the cause of the dementia; and should be used in research studies when a single, gradually progressive severe cognitive deficit is identified in the absence of other identifiable cause. <p>VI. Criteria for diagnosis of DEFINITE Alzheimer's disease are:</p> <ul style="list-style-type: none"> the clinical criteria for probable Alzheimer's disease and histopathologic evidence obtained from a biopsy or autopsy. <p>VII. Classification of Alzheimer's disease for research purposes should specify features that may differentiate subtypes of the disorder, such as:</p> <ul style="list-style-type: none"> familial occurrence; onset before age of 65; presence of trisomy-21; and coexistence of other relevant conditions such as Parkinson's disease.
--	--

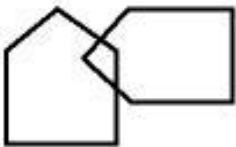
Anexo 4

DSM-IV
Desarrollo de déficit cognoscitivos múltiples que incluyan deterioro de la memoria y al menos uno de los siguientes: afasia, apraxia, agnosia y trastorno de la ejecución de funciones.
Dichos déficit cognoscitivos ocasionan pérdida de la capacidad funcional en comparación con sus niveles previos.
El curso se caracteriza por un inicio gradual y/o un declive cognoscitivo continuado.
Los déficit cognoscitivos no se deben a otras enfermedades del SNC o sistémicas ni a la ingesta de sustancias inductoras.
Los síntomas no ocurren exclusivamente durante el curso de un delirium
La alteración no es debida a otro trastorno del eje (p.ej., depresión. Esquizofrenia).

Anexo 5

CIE-10
Declive de la memoria (que suele ser más evidente en el aprendizaje de material nuevo).
Declive de otras funciones cognoscitivas que intervienen en el procesamiento de información.
Estado de alerta (ausencia de obnubilación de la conciencia).
Declive de la capacidad de control emocional y motivación, y cambio del comportamiento social (apatía, irritabilidad, etc.).
Presencia de estos síntomas durante al menos 6 meses.

Anexo 6

"MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO"					
Paciente				Edad	
Ocupación	Escolaridad	Examinado por	Fecha		
ORIENTACION					PUNTOS
"Dígame el día	Fecha	Mes	Estación	Año	" (5)
"Dígame el Hospital (o el lugar)				Planta	" (5)
Ciudad	Prov.	Nación			
FIJACION					
"Repita estas 3 palabras: Presenta-Caballo-Manzana"					
"Repítirlas hasta que las aprenda) .....					..... (3)
CONCENTRACION Y CALCULO					
"Si tiene 30 ptas. Y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando? .....					..... (5)
"Repita estos números: 5-9-2" (hasta que los aprenda)					
"Ahora hacia atrás" .....					..... (3)
MEMORIA					
"¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes? .....					..... (3)
LENGUAJE Y CONSTRUCCION					
Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?" Repetirlo con el reloj .....					..... (2)
"Repita esta frase": "En un trigal había cinco perros" .....					..... (1)
"Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?"					
"¿Qué son un perro y un gato?" .....					..... (2)
"Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa" .....					..... (3)
"Lea esto y haga lo que dice", CIERRE LOS OJOS .....					..... (1)
"Escriba una frase" .....					..... (1)
"Copie este dibujo":					
					
					.....(1)
PUNTUACION TOTAL					(35)
Nivel de conciencia					
Ciego Sordo Otros					

Anexo 7

COMER

- 10 INDEPENDIENTE. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
5 NECESITA AYUDA para cortar la carne o el pan, pero es capaz de comer solo.
0 DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado por otra persona.

VESTIRSE

- 10 INDEPENDIENTE. Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda.
5 NECESITA AYUDA. Realiza sólo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
0 DEPENDIENTE.

ARREGLARSE

- 5 INDEPENDIENTE. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
0 DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda.

DEPOSICIÓN

- 10 CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia.
5 ACCIDENTE OCASIONAL. Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios.
0 INCONTINENTE.

MICCIÓN (Valorar la situación en la semana anterior)

- 10 CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí sólo.
5 ACCIDENTE OCASIONAL. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos.
0 INCONTINENTE.

IR AL RETRETE

- 10 INDEPENDIENTE. Entra y sale sólo y no necesita ayuda de otra persona.
5 NECESITA AYUDA. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse sólo.
0 DEPENDIENTE. Incapaz de manejarse sin una ayuda mayor.

TRASLADO SILLÓN – CAMA (Transferencias)

- 15 INDEPENDIENTE. No precisa ayuda.
10 MÍNIMA AYUDA. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
5 GRAN AYUDA. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
0 DEPENDIENTE. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULACIÓN

- 15 INDEPENDIENTE. Puede andar 50 metros, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela sólo.
10 NECESITA AYUDA. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador.
5 INDEPENDIENTE (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión.
0 DEPENDIENTE.

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

- 10 INDEPENDIENTE. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.
5 NECESITA AYUDA.
0 DEPENDIENTE. Incapaz de salvar escalones.

<20: dependencia total; 20-40: dependencia grave; 45-55: moderada; 60 o más: leve